



Reglement 2018

Farmaceutische zorg

Reglementen Farmaceutische zorg 2018

Inleiding	3
Artikel 1. Algemene bepaling	3
Artikel 2. Prescriptieregeling	3
Artikel 3. Nadere uitwerking aanwijzing geneesmiddelen	3
Artikel 4. Aanvullende voorwaarden	4

Inleiding

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt welke farmaceutische zorg, onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties, voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is vastgelegd in de Regeling zorgverzekering, zoals is vastgesteld op 1 september 2005 en wordt maandelijks aangepast. U kunt de Regeling zorgverzekering raadplegen via de website wetten.nl. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende voorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg. In dit Reglement zijn deze aanvullende voorwaarden opgenomen. Dit Reglement geldt als aanvulling op de modelpolissen met ingang van 1 januari 2018.

Artikel 1 Algemene bepaling

1. De verzekerde heeft, op basis van een afgesloten modelpolis, aanspraak op farmaceutische zorg zoals omschreven in de modelpolis.
2. Zorg en Zekerheid informeert de verzekerde schriftelijk over voorgenomen wijzigingen in dit Reglement via de website zorgenzekerheid.nl/brochures indien er wijzigingen zijn gedurende het jaar. Tevens zijn de wijzigingen telefonisch opvraagbaar op nummer: (071) 5 825 825.

Artikel 2 Prescriptieregeling

Per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:

- Maximaal 30 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- Maximaal 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- Maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 bedragen. Met uitzondering van verblijf in buitenland tot maximaal 3 maanden;
- Minimaal 3 maanden en voor maximaal 12 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver). Indien het betreffende geneesmiddel ter behandeling van chronische ziekten echter meer kost dan € 1.000,00 per maand of indien het benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica betreft, dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand;
- Maximaal 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn 3 maanden;
- Maximaal 1 maand in overige gevallen;
- Maximaal 6 maanden indien er sprake is van langdurig verblijf in het buitenland (langer dan 3 maanden) en er sprake is van een chronische indicatie.

Voor insuline en de anticonceptiepil is alleen bij de eerste levering een recept nodig.

U heeft aanspraak op farmaceutische zorg in een week doseerverpakking indien er een geldige indicatie is van de huisarts. De apotheker toetst in dit kader of er sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg.

De verzekerde heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering (waaronder een smaakpakket) is voor maximaal 1 maand;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal 1 maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling;
- De overige voorwaarden zijn opgenomen in artikel 19.3 van de polisvoorwaarden.

Artikel 3 Nadere uitwerking aanwijzing geneesmiddelen

- 3.1 Binnen een aangewezen productcategorie heeft u recht op het geneesmiddel met de laagste prijs zoals vermeld in de openbare prijslijst, of een geneesmiddel dat niet meer afwijkt dan 3% van die laagste prijs. Deze lijst kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.
- 3.2 Onder productcategorie wordt verstaan: een groep van onderling uitwisselbare geneesmiddelen op werkzame stof, sterkte en vergelijkbare toedieningsvorm.
- 3.3 In afwijking van 3.1. heeft de verzekerde recht op een ander dan generiek geneesmiddel binnen een productcategorie, indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken en dit vermeldt op het recept met de aantekening 'medische noodzaak'. Als de apotheker twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheker dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De voorschrijver mag alleen medische noodzaak op het recept vermelden indien het medisch

onverantwoord is als u wordt behandeld met het aangewezen geneesmiddel. De voorschrijver moet deze verklaring onderbouwen.

Artikel 4 Aanvullende voorwaarden

1. Voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden er aanvullende voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen. De verzekerde heeft aanspraak op deze geneesmiddelen indien wordt voldaan aan deze voorwaarden die terug te vinden zijn via **wetten.nl**.
2. Aan de hand van een door uw voorschrijver in te vullen artsverklaring, wordt door uw apotheek direct getoetst of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Voor dieetpreparaten is alleen een advies van de diëtist, medisch specialist of kinderarts toegestaan. U dient de artsverklaring tegelijk met het recept bij de apotheek in; dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Indien u uit privacyoverwegingen de artsverklaring niet in uw apotheek wilt aanbieden, kunt u deze verklaring ook rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen. De beoordeling vindt dan plaats door Zorg en Zekerheid. Aflevering ten laste van de door u afgesloten polis vindt alleen plaats indien u voldoet aan deze voorwaarden.
3. Voor een aantal geneesmiddelen kan de verzekerde zijn aanspraak slechts tot gelding brengen, indien Zorg en Zekerheid hiervoor vooraf schriftelijke toestemming heeft verleend en/of de voorschrijver voldoet aan gestelde voorwaarde(n). Om vast te stellen voor welke middelen een toestemming vooraf en/of voorwaarden met betrekking tot de voorschrijver wordt gehanteerd, verwijzen wij u naar **zorgenzekerheid.nl/brochures**.
4. De aanvraag om toestemming dient schriftelijk en tijdig te worden ingediend door of namens de verzekerde.
5. De aanvrager is verplicht om op verzoek van Zorg en Zekerheid een schriftelijke machtiging van de verzekerde te overleggen, waaruit blijkt dat de aanvrager bevoegd is om namens de verzekerde op te treden en/of te vertegenwoordigen.
6. De aanvrager dient alle gegevens te overleggen die Zorg en Zekerheid redelijkerwijs nodig heeft om de aanvraag te kunnen beoordelen. Een aanvraag dient minimaal te bevatten:
 - naam, adres, woonplaats, geboortedatum en relatienummer van de verzekerde;
 - de medische indicatie;
 - naam en handtekening (bevoegd) voorschrijver.
7. Zorg en Zekerheid kan, alvorens op de aanvraag te beslissen, bij de voorschrijver nadere (medische) informatie opvragen, voor zover deze benodigd is voor de beoordeling van de aanvraag. Indien Zorg en Zekerheid de noodzakelijke (medische) informatie, zoals genoemd onder artikel 4.6, niet, onvolledig of niet binnen een redelijke termijn na ontvangst van de originele aanvraag ontvangt, kan geen besluit worden genomen en geen vergoeding volgen. De verzekerde wordt hierover schriftelijk geïnformeerd.
8. Voor een aantal apotheekbereidingen gelden specifieke voorwaarden, deze zijn te vinden op **zorgenzekerheid.nl/apothekers** doorgeleverde bereidingen. Hier staat tevens een overzicht van de betreffende middelen.



Postbus 400, 2300 AK Leiden

T. (071) 5 825 825

F. (071) 5 825 011

zorgenzekerheid.nl

K.v.K. Leiden 28050216

AFM nummer 12001019